

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

45

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 novembre 1906, à 1 heure

Par **H. ARMANET**

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES

SURVENANT AU COURS DE LA GROSSESSE
ET PENDANT LE TRAVAIL

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. TERRIER et SEGOND, professeurs.
POTOCKI, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26 rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
Clinique thérapeutique	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGREY	RENON	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MADAME H. ARMANET ET A MA FILLE

*Mon affection pour Elles, est de celles qui ne
peuvent se traduire par des mots.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Ma reconnaissance à leur égard, ne peut se com-
parer qu'à la puissance de mon amour filial.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs BARTH

— TOUPET

— BARIÉ

— BEURNIER

— LAUNAY

AVANT-PROPOS

Dans les pages qui vont suivre, nous nous efforçons d'exposer aussi brièvement que possible, quelles sont les principales causes, que reconnaissent les hémorragies survenant au cours de la grossesse et pendant le travail ; quels en ont été les traitements préconisés que nous croyons devoir rejeter comme dangereux, et celui que nous pensons devoir être appliqué.

C'est là, il faut bien l'avouer, un sujet vaste et important. Vaste, car les praticiens des temps les plus reculés, ont cherché à combattre ces hémorragies, causes de tant de difficultés pour l'accoucheur ; important, car nombre de médecins ont été effrayés par ces accidents occasionnant souvent la mort des enfants, quelquefois celle des mères.

Nous ne attarderons pas à faire l'historique de la question, et voulant être pratiques et utiles, nous entrerons de suite dans le vif de notre sujet. Ne voulant rien avancer, qui ne soit basé sur des faits constatés, et dont nous ne puissions indiquer la source,

nous avons fait porter nos recherches sur les 12.678 observations des femmes entrées à la clinique Baudelocque, dans le service de M. le professeur Pinard, pour y expulser des produits de conception, de l'année 1900 à l'année 1906.

Nous avons recherché minutieusement dans ce nombre considérable d'observations consciencieusement recueillies, quelles sont celles faisant mention de pertes de sang, survenues au cours de la grossesse et du travail. Nous en avons recherché les causes, et les avons fidèlement consignées dans le tableau que l'on trouvera en tête de notre travail.

Qu'il nous soit permis d'adresser ici, nos respectueux remerciements à M. le professeur Pinard, qui a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, et dont l'enseignement nous sera si précieux, quand nous allons nous trouver aux prises avec les difficultés de notre carrière.

Qu'il nous soit aussi permis, d'associer à ces remerciements M. le Docteur Sauvage, chef de clinique de M. le professeur Pinard, qui a bien voulu nous conseiller et nous guider dans nos recherches, et tous nos maîtres vénérés dont nous gardons un souvenir ému et reconnaissant.

TABEAU COMPARATIF DE LA FRÉQUENCE ÉTIOLOGIQUE DES HÉMORRAGIES SURVENANT PENDANT LA GROSSESSE
ET AU COURS DU TRAVAIL.

Renseignements puisés dans les « Annales de la Clinique Bandelocque ». — ANNÉES **1900-1906**.

ANNÉES	Nombre d'accouche- ments	Accidents hémorragi- ques	CES ACCIDENTS HÉMORRAGIQUES RECONNAISSAIENT LES CAUSES SUIVANTES DANS LA FRÉQUENCE CI-DESSOUS							CAUSES DIVERSES
			ENDOMÉTRITE	ALBUMINURIE	INSERTION DU PLACENTA SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS		MODE HYDATIFORME	TRAUMATISME SEXUEL FIBROMES	VARICES	
					N'ayant pas occasionné d'accidents	Avant occasionné des hémorragies				
1900	2.443	64	37	10	192	8	1	3	1	3
1901	2.224	52	32	5	167	9	»	2	1	3
1902	2.015	56	20	10	165	23	»	»	1	2
1903	2.161	68	25	9	242	31	1	1	»	1
1904	1.848	30	12	3	167	14	»	»	1	»
1905	1.987	89	40	»	450	46	»	1	»	2



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE DES HÉMORRAGIES SURVENANT AU COURS DE LA GROSSESSE ET PENDANT LE TRAVAIL.

Ainsi qu'on le voit, par la lecture de la précédente statistique, ces hémorragies reconnaissent des causes multiples.

Néanmoins, il s'en rencontre deux, plus importantes que les autres, et dont la fréquence est sensiblement égale : *l'endométrite hémorragique* et *l'insertion du placenta sur le segment inférieur*. Hâtons-nous de le dire cependant, si ces deux causes sont à peu des choses près aussi fréquentes, elles ne présentent certes pas la même gravité, comme nous le verrons par la suite.

Pour plus de clarté dans notre exposé, il nous paraît préférable, de diviser l'étude étiologique de ces différentes métrorrhagies, en un double paragraphe, et de les

diviser elles-mêmes, en hémorragies survenant pendant la première moitié de la grossesse, et en hémorragies survenant au cours de la seconde moitié de la grossesse et du travail (*Pinard*).

A. — *Hémorragies survenant pendant la première moitié de la grossesse.*

I. — ENDOMÉTRITE HÉMORRAGIQUE.

Ainsi qu'il ressort des études auxquelles nous nous sommes livré, l'*endométrite*, est de beaucoup la cause la plus fréquente des hémorragies survenant dans *les premiers mois de l'état gravidique*.

Disons-le de suite, ces hémorragies ne sont jamais très redoutables. Elles ne mettent point la vie de la mère en danger, et n'obligent que très rarement l'accoucheur à interrompre une grossesse.

L'endométrite se rencontre aussi bien chez les primipares que chez les multipares ; mais nous devons reconnaître, cependant, que les grossesses répétées y exposent particulièrement.

Nous ne nous attarderons pas ici, à indiquer les signes qui caractérisent cette affection : douleurs irradiées du côté des lombes et des ovaires, exagération et altération de la sécrétion utérine et vaginale physiologique, soit continue, soit survenant par crises, connue sous le nom de *leucorrhée* ; ténésme vésical, dysepsie, névralgies diverses, troubles généraux du système nerveux (*neurasthénie, hystérie*) etc..., etc.

Nous ne nous l'étendrons pas davantage, sur les causes les plus fréquentes de l'endométrite : menstruation, blennorrhagie, excès de coït au moment des règles, tuberculose (1), syphilis (2), permission donnée à une femme, de se lever ou de reprendre son travail, avant que l'utérus soit revenu à son volume normal après un accouchement, traumatisme utérin soit accidentel, soit chirurgical, lésions des annexes (*salpingites*, *périsalpingites*), bref toutes causes favorisant l'infection, avec l'entrée des microbes pathogènes dans la cavité utérine.

Nous nous permettrons, cependant, d'indiquer brièvement, quelles sont les lésions qui peuvent, dans l'endométrite, expliquer les pertes de sang.

Après les magistrales leçons, et l'étude si détaillée de M. le professeur Cornil, sur les caractères microscopiques et macroscopiques de la muqueuse utérine (3), nous nous garderons bien d'essayer de donner une description de cette muqueuse normale. Nous nous bornerons, à signaler les principales lésions que l'on rencontre dans l'endométrite, se développant soit sous des influences autres que la parturition, soit après des accouchements.

« Dans les métrites indépendantes de la grossesse, la paroi utérine est rosée ou rougeâtre, parfois molle plus ou moins gorgée de sang et de sucs. On trouve alors au

1. *Archives italiennes de gynécologie*, 1^{er} septembre 1901.
Communication de M. SPINELLI.

2. VINCENT. *Lyon médical*, 24 février 1901.

3. *Journal des connaissances médicales*. Année 1888, p. 91, 92, 93, 99, 100.

microscope, les travées de tissu conjonctif *épaissies* au-dessous de la muqueuse, et entre les faisceaux musculaires. Ces derniers, et les fibres lisses, ne paraissent cependant pas avoir subi d'altérations. Lorsqu'on analyse les modifications qu'a subies ce tissu conjonctif, on voit qu'il contient des cellules migratrices ou des cellules de tissu conjonctif volumineuses et tuméfiées : *les vaisseaux sont souvent dilatés* et contiennent, de même que les espaces lymphatiques, des cellules selon les observations de M. de Sinety ; *les vaisseaux sanguins sont remplis de sang* (1).

Dans l'endométrite après accouchement, on trouve de nombreuses modifications de la caduque utérine. La muqueuse normale a environ 1 millimètre à 1 m m 1 2 d'épaisseur : avec les lésions qui accompagnent l'endométrite, cette épaisseur est de beaucoup augmentée, 8, 10, 12 millimètres, quelquefois 1 centimètre.

On note en effet, une *hypertrophie glandulaire très intense, une formation de tissu fibreux lamellaire* au niveau de l'implantation placentaire, *des artérites et des phlébites chroniques*, caractérisées par la multiplication des cellules de la membrane interne des vaisseaux, qui engainent les glandes et se ramifient autour d'elles. *La paroi des vaisseaux est augmentée notablement*, le tissu musculaire, qui s'y trouve à l'état normal, disparaît pour faire place à un tissu conjonctif et élastique, qui *rend les vaisseaux moins aptes à se contracter et les prédispose à rester béants*.

1. CORNIL. *Journal des connaissances médicales*. Année 1888, page 196.

La muqueuse participe aux transformations générales de l'utérus lui-même, qui augmente de volume, à l'intérieur comme à l'extérieur. Cette muqueuse est *congestionnée, gorgée de sang, se détache très facilement des couches musculaires sous-jacentes, et à la coupe les vaisseaux restent béants.* »

Telles sont les modifications que l'on rencontre le plus souvent dans l'endométrite, et qui expliquent les hémorragies qui sont le propre de cette affection, si nuisible pour la fécondation et pour la conservation *in utero*, du produit de conception.

II. — MÔLE HYDATIFORME.

Dans sa leçon d'ouverture d'année scolaire 1900-1901, M. le professeur Pinard, disait entre autres choses : « Si Hippocrate, avait déjà connaissance de la *môle*, il faut reconnaître que l'histoire scientifique de cette affection, a véritablement commencé avec le *xix^e siècle.* »

L'on sait, depuis le commencement de ce siècle, que c'est une maladie de l'œuf, qui, le plus souvent, interrompt le développement du fœtus.

L'on sait aussi depuis longtemps, que cette maladie peut être redoutable pour la mère *par suite d'hémorragies* (1).

En effet, la môle hydatiforme ou vésiculaire, est une

1. *Bulletin médical*, année 1900, page 1295.

des causes de métrorrhagies survenant *dans les premiers mois de la grossesse*. C'est une tumeur caractérisée par la dégénérescence kystique des villosités choriales et placentaires. Elle se présente généralement, sous la forme d'une masse charnue, ovoïde, très molle, de couleur rougeâtre, qui est constituée par une série de *villosités ou vésicules transparentes dont les dimensions varient d'une tête d'épingle à un œuf de poule*. Ces vésicules, sont munies d'un pédicule, qui les rattache soit les unes aux autres, soit à la face profonde du chorion.

Les hémorragies qui surviennent par le fait de la môle, sont des hémorragies à *répétition*, nullement influencées favorablement par le repos, et se reproduisant *sans cause apparente*.

Plus elles deviennent fréquentes, plus elles deviennent abondantes, ne tardant pas à créer un réel danger pour la femme, si l'avortement ne se fait pas ou n'est pas provoqué. Heureusement, la môle est une affection rare, que nous n'avons rencontrée que deux fois dans nos recherches. Nous devons cependant signaler son existence, car une fois diagnostiquée, il faut intervenir et en débarrasser la femme qui en est affligée, ainsi que nous le dirons plus loin.

III. — PLACENTA INSÉRÉ SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS.

« Il est impossible de ne pas reconnaître, aujourd'hui, que le chapitre le plus important de la pathologie de

la grossesse, est celui qui a trait à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus » (1).

L'accident qui résulte le plus fréquemment de cette insertion est, soit *la rupture prématurée des membranes* et consécutivement l'accouchement prématuré, soit *une hémorragie* souvent redoutable pour la mère et pour l'enfant.

Simpson n'écrivait-il pas : « Le pronostic dans les cas « d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta, est « aussi grave que dans la fièvre jaune, *et une femme* « *sur trois succombe.* »

Depuis *Simpson*, heureusement, le pronostic de ces hémorragies n'est plus le même, et si souvent elles causent encore la mort de l'enfant, nous verrons que presque jamais avec le traitement que nous préconisons, et que nous avons vu employer par nos maîtres, nous n'avons eu à déplorer la mort de la mère.

Quelle est donc la fréquence de ces hémorragies, et à quelles causes sont-elles attribuables ?

Certes l'insertion du placenta sur le segment inférieur, c'est-à-dire, sur cet espace de 10 centimètres de hauteur, au-dessus de l'orifice interne de l'utérus, est chose fréquente et bien souvent des moyennes en ont été données. Cependant, il nous a été permis de faire une constatation, au cours de nos recherches. *Jamais sur les 12.678 observations parcourues, nous n'avons vu un placenta, inséré à plus de 5 centimètres de l'orifice interne, donner lieu à une hémorragie.* Aussi, sur le

1. Professeur PINARD, *Bulletin médical*, année 1900, p. 1295.

nombre considérable d'insertions basses du placenta que nous avons rencontrées, nous n'avons retenu que celles se trouvant dans cette condition.

Sur 1383 insertions placentaires ainsi disposées, 131 ont causé des hémorragies.

Ces insertions, sont-elles le propre des multipares comme on le croyait autrefois, (Simpson, M^{me} La Chapelle) ou se rencontrent-elles aussi fréquemment chez les primipares ? La question est aujourd'hui tranchée, grâce à la thèse de Maggiar, qui a prouvé que primipares et multipares fournissaient un appoint sensiblement égal dans de semblables statistiques (1).

Lorsqu'il y a hémorragie par insertion basse du placenta, deux cas peuvent se présenter : ou le placenta est inséré sur le segment inférieur, ou le placenta est décollé, et a quitté son point d'insertion.

Dans ce second cas, il glisse sur le segment inférieur, et vient mettre sa face interne en contact avec l'orifice interne de l'utérus. Par le toucher, on arrive directement alors sur la masse placentaire.

On comprend trop facilement, pour que nous jugions nécessaire de nous y arrêter, combien dans ce cas, cette masse gorgée de sang, à la façon d'une éponge, ne demande qu'à laisser couler le sang par ses orifices béants, et combien ces hémorragies sont dangereuses par leur rapidité et leur abondance.

1. De la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur et de ces accidents. MAGGIAR. *Thèse*, 1895.

Mais, s'il est facile, d'expliquer leur production dans le cas où le placenta se trouve ainsi par glissement, au-dessus de l'orifice interne, comment convient-il encore de l'expliquer, lorsque le placenta se trouve inséré tout entier sur le segment inférieur, à 5 centimètres de l'orifice interne par exemple ?

Les théories ne manquent certes pas. Toutes sont d'accord, pour incriminer le décollement du placenta. *Jacquemier, Barnes, Schrader*, ont chacun émis des avis différents sur les causes de ce décollement. Il n'entre pas dans nos desseins d'étudier leurs différentes théories ; et ici nous nous bornerons à citer celle émise par M. le professeur Pinard. Elle explique le véritable mécanisme de ces hémorragies.

« Pendant les derniers mois de la grossesse, il existe des contractions utérines indolores. Celles-ci déterminent une pression qui s'exerce sur toute la périphérie de l'œuf, *mais notamment au niveau du segment inférieur en voie d'ampliation.*

Lorsque le placenta est inséré dans la zone moyenne, et surtout dans la zone supérieure de l'utérus, la pression s'atténue, parce qu'elle met en jeu l'extensibilité des membranes. Le tiraillement sur le placenta est dès lors insignifiant, ou du moins insuffisant pour produire le décollement.

Il n'en est pas de même lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur. Sous l'influence de la contraction utérine, *il se produit une expansion considérable de la portion du segment inférieur laissée libre par l'insertion placentaire. Il y a, à ce niveau, disten-*

tion anormale du chorion qui manque d'élasticité : le tiraillement met bien en jeu l'extensibilité des membranes, mais d'un autre côté, le tiraillement s'opère directement sur le placenta, d'où décollement et hémorragie plus ou moins considérable suivant l'étendue du décollement (1). »

Nous ne nous étendrons pas sur les caractères propres à ces hémorragies : *apparition sans cause appréciable, écoulement survenant brusquement, considérable, avec arrêté brusque ou faible avec longue persistance, répétitions successives, etc., etc...* toutes choses que l'on trouve dans les précis d'obstétrique.

Mais quelle que soit la cause et l'abondance de ces hémorragies, on est heureux de constater, que grâce à une technique appropriée, on ne doit plus leur attacher aujourd'hui le sombre pronostic porté par *Simpson*.

IV. — HÉMORRAGIES DUES A L'ALBUMINURIE.

Nous souhaiterions bien vivement, de ne pas avoir à traiter ce sujet à l'heure actuelle, car on ne devrait plus rencontrer d'accidents dus à la présence de l'albumine chez une femme enceinte.

« Si le xix^e siècle, n'a pas bien armé les accoucheurs
« pour guérir les accidents albuminuriques chez les fem-
« mes enceintes (éclampsie, hémorragies), du moins il
« leur a donné des armes suffisantes pour les prévenir. »

Si la plupart des femmes, en effet, étaient un peu

1. *Précis d'obstétrique*, MM. RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE, page 775, 776.

moins insouciantes de leur santé ; si par acte réflexe, pour ainsi dire, tout médecin consulté par une femme enceinte, prescrivait une analyse d'urine, l'albumine serait vite décelée, soignée et hors d'état de nuire.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Trop souvent encore, on constate des décollements prématurés du placenta, occasionnés par des hémorragies rétro-placentaires. Dans le présent travail, nous avons relevé *trente-sept cas* d'hémorragies ainsi occasionnées par l'albuminurie.

V. — PERSISTANCE DES RÈGLES.

Il n'est pas rare, de trouver encore dans certains *Traité d'obstétrique*, cette assertion à savoir : qu'une femme enceinte peut encore avoir ses règles.

Leurs auteurs s'appuient généralement pour soutenir leur thèse, sur l'apparition de pertes sanguines, survenant à l'époque habituelle des règles chez certaines femmes enceintes.

Nous ne croyons pas devoir réfuter longuement ces affirmations. Depuis Pajot on sait : *que toute femme fécondée ne peut plus avoir ses règles, que la grossesse soit utérine ou ectopique.*

« Une femme enceinte peut perdre du sang : mais ces pertes ne seront jamais semblables *comme périodicité, comme qualité et comme quantité, aux règles habituelles* (1). »

1. Professeur PINARD. *Société d'Obstétrique*. Séance du 20 octobre 1902.

B. — *Hémorragies survenant pendant la seconde moitié de la grossesse et au cours du travail.*

I. — CAUSES PRÉCÉDEMMENT CITÉES.

Nous retrouvons, à cette époque de la grossesse, les causes que nous venons d'étudier dans les pages précédentes ; cependant l'endométrite hémorragique, et surtout la môle hydatiforme, sont le propre *des quatre premiers mois de la grossesse*. Les hémorragies dues à l'albuminurie et à l'insertion basse du placenta, sont surtout fréquentes dans la *seconde moitié* et au moment *du travail*.

II. — TRAUMATISME SEXUEL.

Sous cette appellation, nous désirons attirer l'attention sur les dangers qui existent, à permettre le *coït* chez une femme enceinte, surtout dans les derniers mois de la grossesse. Non seulement, en effet, les rapports sexuels sont suivis, très fréquemment, de *début de travail et d'accouchements prématurés*, mais encore peuvent donner naissance ou être l'occasion d'hémorragies, ainsi que nous l'avons relevé *sept fois*.

Certaines observations, que nous rapporterons à la fin de notre travail, sont des plus probantes à cet égard.

III. — DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE PAR TIRAILLEMENTS EXERCÉS SUR LE CORDON PAR LE FŒTUS LUI-MÊME.

C'est une cause peu fréquente d'hémorragies, qui existe cependant ainsi que le prouvent les observations suivantes : Année 1901, *observation XXVII, Annales de la clinique Baudelocque*; *Bulletin médical* Année 1901 p. 1096.

IV. — UTÉRUS FIBROMATEUX.

Dans le cours de nos recherches, nous avons relevé deux cas d'hémorragies, survenues chez des femmes enceintes ayant des utérus fibromateux (1).

En pareils cas, les hémorragies reconnaissent comme origine, une insertion basse du placenta, bien plutôt que le fibrome lui-même. L'existence de ce dernier favorise l'insertion du placenta sur le segment inférieur. Ces hémorragies rentrent, dès lors, dans le cadre de celles étudiées précédemment (2) :

V. — ÉPITHELIOMA DU COL.

Annales, clinique Baudelocque. Année 1903,
observation 576.

1. *Annales de la clinique Baudelocque.*

Année 1900, n° 2016.

Année 1901, n° 844.

2. Voir pages 18, 19, 20.

VI. — TRAUMATISME DIVERS.

Nous nous bornerons à énumérer ici, quelques-unes de ces causes fortuites, qui, justement par ce qu'elles sont dues au hasard, échappent à toute discussion étiologique : *Chute dans un escalier ou sur le plancher d'un appartement ; coups portés sur l'abdomen ; secousses occasionnées par l'accrochage brusque de wagons ; trépidations des voitures de chemin de fer, etc., etc.* (Ex : Année 1905. Observation 583).

VII. — VARICES DES GRANDES LÈVRES OU DU VAGIN.

La rupture de ces varices peut occasionner de fortes hémorragies. Un examen attentif, empêchera de leur assigner une origine utérine, en faisant découvrir sur les grandes lèvres ou dans le vagin, la veine dont les uniques auront cédé.

CHAPITRE II

DANGERS DE CERTAINS TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Contre de tels accidents, les thérapeutes se sont empressés de prôner nombre de médications. Nous dirons quelques mots de certaines d'entre elles, que nous croyons devoir rejeter, pour les dangers qu'elles font courir aux mères et aux enfants.

A. — ERGOT DE SEIGLE — ERGOTINE — ERGOTININE,

Il nous paraît inutile, de nous attarder ici, à faire le procès de ce produit et de ses dérivés ; véritables poisons tétanisant l'utérus, intoxiquant la femme à qui on les administre, et produisant, d'après *Tuczek*, dans la moelle épinière, des lésions semblables à celles du *tabès incipiens*. Depuis longtemps, des voix plus autorisées que la nôtre, se sont élevées contre son usage, et en ont montré les funestes effets. Qu'il nous soit permis de répéter, cependant, les conseils de nos maî-

tres : « *N'employez jamais l'ergot de seigle chez une femme enceinte, atteinte d'hémorragie au cours de sa grossesse et pendant le travail.* »

B. — HYDRASTIS CADENSIS. — HAMAMELIS VIRGINICA.

Ces médicaments végétaux, souvent ordonnés dans les métrorrhagies, nous paraissent devoir encore être réjetés. On ne sait pas à quoi s'en tenir exactement, au sujet des effets physiologiques qu'ils produisent. Les nombreuses expériences tentées par les physiologistes, ont donné des résultats variés et contradictoires. Tantôt ces médicaments provoquent de l'hypertension artérielle tantôt de l'hypotension. L'hydrastis est *toxique*, mais à des doses qui manquent de précision : c'est un *paralysant des centres sensitifs*. Pourquoi, dès lors, les employer, puisque nous ne sommes pas renseignés sur leurs effets, surtout chez la femme enceinte, qui est souvent plus sensible qu'à l'état ordinaire, à l'action d'un médicament.

C. — TAMPONNEMENT SIMPLE OU GÉLATINÉ.

Le tamponnement, lui aussi, jouit d'une grande vogue, que nous ne croyons pas devoir lui conserver. *C'est, tout au plus, un procédé d'attente et non un procédé curateur.* Sans doute, il amène pour un moment l'arrêt de l'hémorragie, mais aussi il favorise, étrangement la pullulation des germes pathogènes, qui trouvent

dans le sang ainsi arrêté et accumulé, un excellent milieu de culture.

Ceci est encore plus vrai s'il s'agit du tamponnement gélatiné. La gélatine a des propriétés hémostatiques, en effet, mais malheureusement ne peut se *stériliser*. Si on la porte à 120°, température qu'il faudrait atteindre pour être certain de la disparition de l'existence des microbes, elle perd ses propriétés hémostatiques. Enfin, on a signalé l'apparition de plaques de sphacèle, à certains endroits des tissus en contact avec elle.

D. — LAVEMENT LAUDANISÉ

Il faut voir, dans l'emploi du lavement laudanisé, en face des menaces d'avortement, et en présence des hémorragies survenant au cours de la grossesse, une des pratiques les plus anciennement et communément employées. Malheureusement, rien ne la justifie : non seulement elle n'est d'aucune utilité, (*on ne saurait citer de cas où elle ait empêché un avortement*), mais encore elle est dangereuse, par la constipation qu'elle entraîne. Ne doit-on pas toujours assurer, en effet, l'évacuation de l'intestin chez une femme enceinte ? L'emploi de l'opium, ne crée-t-il pas une réelle menace d'auto-intoxication, en empêchant l'expulsion du contenu intestinal ?

E. — ACÉTANILIDE.

Ce médicament, dérivé de l'*aniline*, est utilisé à l'étranger encore pour combattre les métrorrhagies. En

France, à l'heure actuelle, il est heureusement abandonné.

C'est un poison du sang. L'acétanilide, amène la production de la *méthémoglobine* dans les globules, Son absorption a été suivie de cyanose, de collapsus et de *mort*.

F. — INJECTIONS CHAUDES AU SUBLIMÉ.

Si, comme on le verra dans le chapitre suivant, les injections chaudes, sont une arme puissante pour lutter contre les hémorragies du moins, ne doivent-elles pas contenir de matières toxiques ; le sublimé, en particulier.

Le bichlorure de mercure est extrêmement dangereux en obstétrique. On a cité des cas, où des injections vaginales faites avec des doses de 0 gr. 25 de sublimé pour 2 litres d'eau ont amené la *mort* (1). Ces cas sont rares, heureusement ; mais si la mort ne survient pas toujours, le sublimé n'en provoque pas moins des lésions terribles qui doivent le faire rejeter.

Israël injecte à des animaux en parfaite santé, la dixième ou la vingtième partie de bichlorure de mercure suffisante pour les tuer. Il extirpe un rein, et l'étudie au microscope. Dans tous les cas, il trouve une *néphrite glomérulaire*. Il y avait une exsudation entre le glo-

1. Professeur RICHAUD. Cours, année 1906.

mérule et la capsule ; et l'épithélium des tubes contournés, était également complètement détruit. Il trouve, en outre, une *dégénérescence graisseuse du foie, de la rate et du myocarde*. Il répète les mêmes expériences avec d'autres antiseptiques, obtient des résultats presque analogues, qui lui permettent de classer les antiseptiques suivant leur toxicité dans l'ordre suivant : *Sublimé, iodoforme, acide phénique, acide salicylique*.

CHAPITRE III

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE DES HÉMORRAGIES SURVENANT AU COURS DE LA GROSSESSE ET PENDANT LE TRAVAIL.

Lorsqu'autrefois, les médecins étaient appelés auprès de femmes atteintes de métrorrhagies, leur premier souci, était de demander, si la malade avait beaucoup perdu de sang.

Nous croyons voir là une pratique inutile. On s'expose, en effet, ainsi, à croire sur parole, un entourage prompt à s'effrayer et à exagérer.

Le médecin appelé en pareil cas, doit d'abord demander à voir les linges qui ont recueilli le sang perdu, car, souvent, il tirera de cet examen des renseignements précieux. Dans le cas de *la môle hydatiforme* en particulier, les linges sont souillés par un liquide séreux, bien différent du sang ordinaire et normal.

Le médecin, doit ensuite chercher à se rendre compte du lieu d'origine de l'hémorragie : examiner la vulve et le vagin, pour ne pas s'exposer à prendre pour une

métrorrhagie, une hémorragie occasionnée, par la rupture de varices siégant sur les grandes lèvres ou dans le vagin.

Enfin, et c'est là un des points les plus importants, sur lequel nous désirons attirer particulièrement l'attention, le médecin doit *examiner le pouls de sa malade*. C'est lui, qui nous trace notre ligne de conduite, c'est notre seul guide et nous devons suivre aveuglément ses ordres. Tant que le pouls d'une femme atteinte de métrorrhagie est *lent, bien frappé*, on peut être tranquille; la femme peut perdre du sang, il n'y a pas péril en la demeure. S'il vient à augmenter de fréquence, passer de 75 ou 80 pulsations à la minute, à 90 ou 95, alors il faut se méfier et se tenir prêt à intervenir. Lorsque le pouls dépasse 100 pulsations *l'intervention devient nécessaire*. Cette dernière règle de conduite est *formelle*, et suivie rigoureusement, elle permet au médecin d'agir à temps, de sauver souvent la vie de l'enfant menacée, et toujours ou presque toujours celle de la mère.

Mais en quoi consiste donc cette intervention ? Dans ses débuts tout au moins, elle dépend de la cause même qui provoque l'hémorragie.

a). — *Hémorragie due à l'albuminurie*. — Si l'hémorragie, reconnaît comme cause, la présence de l'albumine dans les urines ; nous sommes bien armés pour la combattre. Dès la découverte de l'albumine, on doit instituer le *régime lacté absolu*.

Le régime lacté est un instrument merveilleusement puissant dans ce cas, et il y a trop peu de médications

réellement efficaces en thérapeutique, pour que nous ne nous précipitions pas sur celles qui méritent vraiment ce nom. Ainsi que les observations recueillies à la clinique Baudelocque en font foi, nombre de femmes albuminuriques ont pu mener à terme leur grossesse, grâce à un régime approprié : *lait, purgatifs, chaleur, bains, etc...*

Si, malgré ces précautions et ces prescriptions, les hémorragies continuent, si la femme devient pâle et si surtout son pouls devient petit et dépasse 100 pulsations à la minute, alors il ne faut pas hésiter, et agir comme il sera dit un peu plus loin.

b). — *Hémorragies dues à l'endométrite.* — Si ces hémorragies sont, en somme, assez fréquentes, elles ne présentent pas de grands dangers. Elles sont, le plus généralement vaincues *par le repos absolu au lit, et les injections vaginales chaudes.*

Mais ici une question se pose : quelle doit être la nature de ces injections ? Inutile de répéter ce que nous avons déjà dit, au sujet des injections contenant des antiseptiques, qui sont, pour la plupart, des poisons ; le sublimé, l'acide phénique, l'iodoforme que nous croyons devoir répéter complètement.

Les injections vaginales qui seront employées pour combattre les hémorragies, se feront avec de l'eau bouillie à une température très élevée (48°-50°).

Si on désire absolument mettre un antiseptique dans de telles injections on pourra, sans danger, mélanger

aux 2 litres d'eau de l'injection *un gramme de permanganate de potasse*.

Ces injections doivent être proportionnées, comme nombre, à la gravité de l'hémorragie à combattre. Le repos au lit ordonné en même temps, devra être observé jusqu'au dixième jour qui suivra la cessation complète de l'écoulement sanguin, sous peine de le voir réapparaître.

c). — *Hémorragies dues à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus*. — Si l'insertion basse du placenta, est de beaucoup la cause des hémorragies les plus graves, c'est elle aussi, qui demande l'intervention *la plus rapide et la plus efficace*. Souvent, en effet, ces hémorragies résistent aux injections vaginales, et exigent l'emploi de moyens plus énergiques.

Avant d'intervenir cependant, si la femme est très faible, si elle a perdu beaucoup de sang, il sera bon, croyons-nous, de pratiquer une injection de *caféïne* et de *sérum physiologique* : l'intervention amènera, en effet, une perte de sang, qui, ajoutée à la quantité déjà perdue, pourrait occasionner la mort de la malade.

Quand le poulx sera relevé, quand on le sentira battre avec plus de force, alors on devra *rompre les membranes et les rompre largement*. Cette rupture se fera soit avec le doigt, soit avec le perce-membranes : le plus généralement elle sera suivie de l'arrêt de l'hémorragie, par le seul fait qu'elle amène aussi l'arrêt du tiraillement et du décollement placentaire.

Nous n'entrerons pas ici dans la technique même de cette opération, et nous n'exposerons pas les difficultés

qu'on est exposé à rencontrer dans son accomplissement. Ce sont là, choses que l'on trouve dans tous les traités d'obstétrique. Qu'il nous soit cependant permis, de rappeler qu'avant de rompre les membranes, il convient de se rendre compte exactement de la *présentation de l'enfant*, de manière à pouvoir faire, s'il y a lieu, *une version par manœuvres externes*.

Si malgré la rupture des membranes l'hémorragie persiste, si l'accouchement tarde à se faire, il faut en hâter la réalisation, *en dilatant le col de l'utérus*.

Cette dilatation doit être, *douce, progressive tout en étant rapide*. Rien ne répond mieux à ces desiderata que l'emploi des *ballons de Champetier de Ribes*. Ces derniers devraient se trouver dans toute trousse d'accoucheur au même titre que le *forceps*. Si, pour une raison quelconque, on ne peut utiliser les ballons de Champetier de Ribes, alors on devra pratiquer la dilatation manuelle et proscrire les *dilatateurs métalliques*, qui, comme tous les instruments, *sont aveugles et brutant* (Pinard).

La dilatation étant obtenue, il reste encore à débarrasser l'utérus de ce qu'il contient, si l'expulsion du produit de conception ne se fait pas naturellement, où si on se trouve en présence des présentations, exigeant par elles-mêmes des manœuvres obstétricales. *Plus vite l'utérus sera vidé et plus rapidement l'hémorragie s'arrêtera*.

Tel est le traitement, que durant le cours de nos études, nous avons vu employer par nos Maîtres, et

que nous sommes bien décidés à employer nous-mêmes.

Les observations qu'il nous reste maintenant à rapporter, sont l'éclatante justification de cette manière d'agir qui permet, comme on pourra s'en rendre compte, de lutter avantageusement contre des accidents souvent très graves et, en somme, assez fréquents.

SECONDE PARTIE

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observation I

Prise pendant un remplacement.

Femme E..., 23 ans, vient à ma consultation tourmentée par une métrorrhagie, qui dure depuis trois jours. Nouvellement mariée, et toujours bien réglée, elle ne voit plus ses règles depuis quatre mois. Elle dit avoir toujours beaucoup perdu en blanc. A l'examen on constate des signes non douteux de grossesse : l'utérus atteint presque l'ombilic.

Je prescris le repos absolu au lit, et des injections d'eau bouillie aussi chaude que possible, toutes les quatre heures.

La femme se couche ; dès le second jour les hémorragies s'arrêtent, et la malade se lève le troisième. Le lendemain nouvelle perte de sang. Elle se remet d'elle-même au lit et me fait appeler. Le pouls donne 75 pulsations à la minute : j'ordonne encore le repos absolu au lit et les injections chau-

des. La femme se plaignant de douleurs dans le ventre, je lui fais administrer un lavement avec 1 gramme d'antipyrine. Deux jours après l'écoulement sanguin a de nouveau disparu, et l'état de la malade est très satisfaisant. Je n'autorise cette femme à se lever, que *huit jours* après la cessation complète de l'hémorragie et lui fais continuer les injections chaudes, à raison d'une par jour. Ayant constaté des taches jaunâtres, provenant d'un écoulement vaginal, je fais mettre 1 gramme de permanganate de potasse, dans chaque injection de deux litres d'eau bouillie. J'ai appris depuis, que cette femme avait mené sa grossesse à terme, qu'elle était accouchée d'un enfant pesant 3.800 grammes et que la caduque très épaissie présentait des traces très nettes d'endométrite.

Observation II

Prise pendant un remplacement.

Femme K..., 31 ans. A déjà eu quatre grossesses, qui n'ont rien présenté de bien intéressant au point de vue obstétrical. Quatre enfants bien portants, deux élevés au sein et deux avec l'allaitement mixte. Cette femme me fait appeler au huitième mois de sa grossesse, pour une hémorragie qui a débuté il y a trois jours environ, brusquement pendant la nuit. A l'examen la femme est pâle, décolorée, son pouls est petit, fréquent (98), bref présente un aspect grave. L'utérus remonte à 28 centimètres au-dessus du pubis. Au toucher le col mou est très facilement dilatable et on tombe sur une masse charnue qui est une partie du placenta.

J'ordonne toutes les heures des injections chaudes d'eau bouillie à 48°. Malgré cela l'hémorragie persiste, le pouls *augmente de fréquence*. Il marque 120 pulsations et je me décide à intervenir. Je vais à la recherche des membranes, que je trouve en avant de la masse placentaire. *Je les romps largement*. L'hémorragie s'arrête. Le travail succède à cette intervention, et, trois quarts d'heure plus tard, la femme accouche d'un enfant de 2.950 grammes. La délivrance s'accomplit une demi-heure après, le placenta pèse 435 grammes.

Mensuration des membranes : 32/0.

Suites de couches normales.

Observation III

Recueillie à l'hôpital Saint-Louis dans le service du
Dr BEURNIER, année 1906.

Femme C..., 27 ans, exerce la profession de baigneuse, entre à l'hôpital Saint-Louis pour se faire opérer d'un fibrome, diagnostiqué par un médecin de la ville, et entraînant des hémorragies abondantes. Cette femme est admise dans le service le 25 mai 1906.

En procédant à son interrogatoire on apprend qu'elle a été réglée à 14 ans, et que ses règles n'ont jamais été régulières.

A 21 ans première grossesse, au cours de laquelle, elle a eu des pertes sanguines, durant les quatre premiers mois. Cette grossesse se termina par un accouchement à terme.

A 23 ans, seconde grossesse : normale.

Au mois de février 1906 elle eut un retard de *six jours* dans

ses règles, mais ne s'en préoccupa point, étant irrégulièrement réglée. Depuis elle perd continuellement du sang rouge.

En examinant son abdomen, on sent une masse volumineuse, qui n'est autre que l'utérus et qui atteint l'ombilic environ.

Par le toucher, on sent un col mou, dont l'orifice externe se laisserait facilement pénétrer.

L'examen des seins les montre plus volumineux que de coutume, tendus, et présentant l'aspect bien net des mamelons des femmes fécondées. Le diagnostic de grossesse s'impose alors, et on ordonne comme traitement le repos absolu au lit et des injections d'eau bouillie à 48° quatre fois par jour. Pouls : 85 pulsations.

Le 1^{er} juin. — Après cinq jours de ce traitement, les hémorragies persistent. Le pouls marque 89 pulsations.

Continuation du traitement précédent.

Le 4 juin. — L'état de la femme devient inquiétant ; les muqueuses sont décolorées, le pouls bat à 120. Par le toucher on trouve un col très perméable. Le doigt pénètre facilement jusqu'à l'orifice interne, où il entre en contact avec les cotylédons placentaires. Les membranes ne sont pas accessibles mais l'introduction du doigt, a fait apparaître les premières contractions utérines douloureuses.

A ce moment (10 h. matin), l'écoulement sanguin s'arrête. Les contractions utérines augmentent de fréquence et de force. A 4 heures du soir la femme expulse un œuf entier, de quatre mois environ. En l'examinant, on découvre sur la caduque, des reliquats fibrineux et un épaissement témoignant de lésions d'endométrite.

Les hémorragies étaient donc dues ici, à une insertion du

placenta sur le segment inférieur et à l'endométrite hémorragique.

Une injection intra-utérine est faite après expulsion de l'œuf.

Dix jours après la femme quittait le service.

Observation 389

ANNÉE 1900. *Cliniq. Baudelocque.*

Femme M., âgée de 28 ans, ayant déjà eu trois grossesses sans accidents. Toujours très irrégulièrement réglée. Abondantes pertes blanches, depuis l'époque où se sont installées ses règles. Entre dans le service le 26 février, au cinquième mois de sa grossesse. Les dernières règles remontent au début de septembre. Elle perd du sang pendant quatre jours, fin novembre ; puis le nouveau pendant un laps de temps égal début janvier. Au mois de février, dans la première moitié de ce mois, nouvel écoulement sanguin assez abondant et continu. Le 19 février un médecin est appelé, et diagnostique la grossesse que la femme M., ignorait, ayant pris les hémorragies répétées, pour des règles survenant comme toujours chez elle irrégulièrement. Ce médecin ordonne des injections chaudes. L'écoulement sanguin diminue mais persiste. Sur l'avis du médecin traitant, la femme est transportée à la clinique Baudelocque le 26 février à 9 heures du soir. A l'examen qui est alors pratiqué, le palper ne permet de sentir aucune partie fœtale. L'auscultation est nulle. L'état de la femme est médiocre, la pâleur de la face très prononcée. Le col de l'utérus est long, l'orifice externe ent'rouvert. Le pouls est à 100, la température 37°1.

La femme est placée au dortoir et perd du sang par intermittence.

Le 1^{er} mars. — Le pouls indique 125 pulsations. La température est toujours à 37°. Pâleur extrême. En présence de la fréquence du pouls, et de son mauvais état général *M. Pinard décide d'interrompre la grossesse.*

A 9 heures du matin on fait une injection sous-cutanée de sérum artificiel de 500 grammes.

A 10 h. 30, introduction d'un ballon de Champetier de Ribes, (petit modèle) suivi immédiatement du commencement du travail. *Arrêt de l'hémorragie.*

A 7 h. 15 du soir expulsion du ballon, suivie de celle du fœtus et du placenta. Sitôt après injection intra utérine. Pouls : 90. Temp. : 38°3. Suites de couches normales.

Observation 627

ANNÉE 1900. — *An. cl. Baud.*

Femme P... 28 ans, plumassière : a eu déjà trois grossesses antérieures qui n'ont rien présenté de bien intéressant. Elle entre à la clinique Baudelocque le 6 avril à 5 h. 30 du matin. Ses dernières règles datent du 20 août. Sa grossesse a évolué très normalement jusqu'au 8 octobre. A cette époque en pleine nuit, (sans s'être fatiguée la veille, sans avoir éprouvé aucun malaise), cette femme est brusquement réveillée vers trois heures du matin, et s'étonne de sentir couler sous elle un liquide chaud et abondant.

Presque défaillante, elle se lève et constate avec surprise que son lit est inondé de sang, aussi bien liquide qu'en cail-

lots. Durant le reste de la nuit l'hémorragie diminue, mais persiste encore pendant deux jours. Bien que perdant, cette femme se fatigue à opérer un déménagement.

Du 8 octobre au 6 novembre pas de métrorrhagies : tout semble être rentré dans l'ordre, lorsqu'à cette dernière époque, étant occupée à piquer à la machine, elle se sent complètement défaillir et perdre quantité de sang. Depuis lors, il ne se passe pas de journées, sans que cette femme ne perde du sang en plus ou moins grande abondance. Le 6 avril, vers 1 heure du matin environ, elle se réveille brusquement baignant dans son sang, et est amenée à la clinique Baudelocque dans un état presque syncopal. Le pouls bat à 124 pulsations ; la température est à 36°6. La face est décolorée.

Le toucher permet de sentir un col utérin présentant une dilatation d'environ deux francs : le doigt arrive sur le bord du placenta situé à droite et en arrière : en avant il atteint les membranes.

On administre de nombreuses injections chaudes. Le pouls est toujours aussi fréquent. L'intervention est décidée, et M^{lle} Roze, sage femme en chef de la clinique Baudelocque *rompt largement les membranes. L'hémorragie s'arrête aussitôt.* Le travail débute aussitôt après, et l'accouchement se fait normalement. Pas d'hémorragie au moment de la délivrance.

Mensuration des membranes 27/0.

Observation 858

ANNÉE 1900. — An. Cl. Baudelocque.

Femme B..., 33 ans, couturière, a eu trois grossesses antérieures normales. Entrée à la clinique Baudelocque le 9 mai au septième mois de sa grossesse.

Cette femme a eu ses dernières règles du 3 au 7 octobre 1899. Jusqu'au 15 décembre rien à signaler de particulier : A cette époque tout à coup perte sanguine. Après quelques injections vaginales faites par la malade elle-même les hémorragies s'arrêtent. En janvier nouvel écoulement sanguin. Le 21 du même mois, elle soigne un de ses enfants atteint de méningite, se fatigue beaucoup et ne sent plus remuer son enfant. Le 8 mai, à 9 heures du soir, perte de sang abondante avec caillots, sans douleur. Un médecin appelé ordonne des lavements laudanisés, *pas de résultats*. Une sage femme appelée aussi, administre des injections chaudes, l'hémorragie s'arrête vers 2 heures du matin. Des contractions douloureuses apparaissent. La femme sent de nouveau remuer l'enfant, et la sage-femme fait amener la parturiente à la clinique Baudelocque, le 9 mai à 3 heures du soir.

A son entrée dans le service elle perd beaucoup de sang ; les membranes sont intactes. Le pouls est à 180 pulsations. M. Paquy rompt les membranes : le liquide est abondant et teinté de sang. L'hémorragie continue et le pouls atteint 196 pulsations. On introduit un ballon de Champetier de Ribes de 400 grammes environ. *L'hémorragie s'arrête*, le pouls tombe à 88 pulsations. Le reste de la nuit se passe sans nouvelle hémorragie.

Le 10 mai. — A 8 h. 30 du matin l'hémorragie recommence et le pouls remonte à 100°. M. Paquy chef de clinique et M^{lle} Roze font manœuvrer le ballon : on enlève alternativement de l'eau et on en réinjecte à son maximum. Par ces manœuvres, la dilatation complète est obtenue en trois quarts d'heure. On termine l'accouchement, et on injecte du sérum

artificiel à la femme, qui, peu à peu, reprend couleur et voit son poulx revenir à la normale.

Mensuration des membranes, 31'0.

Au sortir de la clinique état de la femme: bon.

Observation 1067

ANNÉE 1901. — *An. Cl. Baud.*

Femme G..., 22 ans, journalière, primipare.

Est envoyée le 21 juin 1901 à la clinique Baudelocque par une sage-femme de la ville, pour une hémorragie.

Cette femme, a eu ses dernières règles le 17 octobre, et jusqu'au moment de son admission dans le service de M. le professeur Pinard, sa grossesse a évolué normalement.

Le 21 juin. — A 5 heures du matin, sans avoir ressenti aucune contraction, elle commence à perdre du sang. Jusqu'à 7 heures l'écoulement est léger: à cette heure il devient très abondant. Une sage-femme mandée aussitôt pratique un tamponnement. *Ce dernier n'arrête pas l'hémorragie*, et la sage-femme envoie sa cliente à la clinique, où elle arrive à 8 heures. Sa chemise est inondée de sang. On la couche immédiatement et on lui administre des injections d'eau bouillie chaude à 50°.

L'hémorragie continue, le poulx est à 100°. M^{lle} Roze prévénue, pratique le palper, et trouve une tête en bas mobile, un dos à gauche. Par le toucher, elle reconnaît un col long, perméable, et arrive sur une assez grande portion du placenta décollé à gauche.

Elle rompt les membranes: l'écoulement sanguin ne s'arrête pas. A 10 heures on introduit un ballon de Champetier de Ribes de 300 grammes, qui renforce les contractions uté-

rines. L'hémorragie diminue, le poulx redescend à 90°. A 2 heures, on réinjecte du liquide dans le ballon à son maximum. A 5 heures, expulsion du ballon. L'hémorragie cesse complètement ; les contractions deviennent très fortes et, à 7 heures, expulsion d'un enfant pesant 1.930 grammes avec un placenta de 490 grammes.

Mensuration des membranes 28/0.

La femme quitte la clinique Baudelocque en parfaite santé.

Observation 1610

ANNÉE 1902.

Insertion basse du placenta. Hémorragies graves pendant la grossesse. Interruption de la grossesse. Ballon Champetier. Application forceps. Enfant mort.

Femme B... 30 ans, primipare.

Réglée à 13 ans.

D. R. 1^{er}-4 février. — Dans les premiers jours d'août, perte de sang assez abondante qui cesse après quelques heures.

D'août à octobre, hémorragies à répétitions, à intervalles de quinze jours. Chaque hémorragie cède par le repos au lit et les injections chaudes.

24 octobre. — Au matin, hémorragie beaucoup plus considérable. La femme est amenée à la clinique à 2 heures du soir.

On fait les constatations suivantes :

Utérus de consistance normale, dont le fond remonte à 31 centimètres au-dessus du pubis.

Présentation du siège, enfant vivant : col long ; segment inférieur épaissi à gauche et en arrière. L'hémorragie a

cessé, le pouls est à 112, bien frappé. Par de contractions utérines douloureuses.

M. Cazeaux fait la version par manœuvres externes, fait des injections chaudes et surveille le pouls.

4 h. 80 soir. P. à 100, bien frappé; la femme ne perd pas. M. Couvelaire conseille d'attendre.

Le 25 octobre, à 3 h. 45 du matin, nouvelle hémorragie. P. : 128. M^{lle} Vincent rompt la poche des eaux en avant.

4 heures. P. : 132. M. Couvelaire introduit un ballon Champetier moyen modèle. *L'hémorragie s'arrête*. P. : 112. Quinze minutes après introduction du ballon, les premières douleurs apparaissent. Sérum : 1000 grammes.

7 h. matin. P. : 104. Dilatation : 5 francs.

9 heures. Même dilatation. 100 grammes de liquide sont injectés dans le ballon distendu au maximum.

10 heures. Envie de pousser, le ballon est dans le vagin. M. Couvelaire l'extrait. Derrière s'est accumulé beaucoup de sang liquide et en caillots.

Le placenta est partiellement décollé en arrière.

La tête fœtale tend à s'engager. Occiput à droite.

M. Couvelaire fait immédiatement une application de forceps et extrait après cinq minutes de traction un garçon de 2.600 grammes qui ne présente plus que quelques battements cardiaques et ne peut être ranimé. Délivrance artificielle immédiate. Injection utérine à 50°.

La femme est cyanosée. P. : 140, régulier :

L'hémorragie a cessé. Sérum : 1000 grammes. Ether. Oxygène. La dyspnée disparaît. P. : 120. La cyanose cesse.

Le placenta pèse 340 grammes. *Il était inséré sur le bord de l'orifice.*

La mère quitte le service en bon état.

Autopsie de l'enfant : Hémorragies méningées et intra-péritonéales. Hématome sous-capsulaire du foie.

Observation 536

ANNÉE 1903

Insertion basse du placenta. Hémorragie grave. Interruption grossesse. Enfant vivant.

Femme M. S..., 35 ans. VIII pare.

Accouchements antérieurs : premier à 6 mois ; deuxième, troisième et septième à terme, enfants nés vivants ; quatrième et cinquième, à 7 et 8 mois ; sixième grossesse : avortement de 3 mois.

Grossesse actuelle. D. R. 10-12 juillet.

Le 7 avril. — Cette femme est amenée à la Clinique, absolument exsangue. Une lettre d'un médecin, apprend que depuis trois jours cette femme perd du sang en grande quantité ; qu'il s'agit d'une insertion vicieuse du placenta, et que *deux tamponnements* ont été pratiqués.

A l'arrivée on retire le tamponnement. P. : 120. T. : 36°8. Le col long, perméable permet d'arriver directement sur les cotylédons placentaires. On fait 500 grammes de sérum artificiel. Le pouls tombe à 90° puis remonte progressivement. Pas de contractions utérines douloureuses.

A 5 heures soir, P. : 120. Craignant qu'une nouvelle hémorragie ne puisse être fatale, M. Delestre décide de provoquer le travail par la rupture large des membranes.

Le toucher digital ne lui permet pas d'arriver sur les mem-

branes. En cherchant à décoller les cotylédons de la paroi supérieure pour y parvenir, du sang s'écoule. La malade est très douce. Elle est chloroformée.

M. Delestre introduit toute la main dans le vagin et deux doigts dans l'utérus, cherchent en avant, à décoller la masse placentaire pour arriver sur les membranes.

M. Delestre perfore la masse placentaire, ouvre l'œuf ; le liquide amniotique s'écoule. Le col étant suffisamment dilaté pour extraire l'enfant qui se présente par le siège, l'extraction se fait sans difficulté.

L'enfant, une fille, naît en état de mort apparente, est ramimée au bout de vingt minutes. Poids : 2.350 grammes.

Suites de couches : 9 avril. — T. : 39°. P. : 104. Injection utérine.

10 avril. — T. : 38°2. P. : 112. Injection utérine. Ensuite température au-dessous de 38°.

La mère et l'enfant quittent le service en bon état le 20 avril.

Observation 1003

ANNÉE 1903. — Ann. Cl. Baudelocque.

Insertion basse du placenta. Hémorragie grave. Femme amenée exsangue. Ballon de Champetier de Ribes. Version par manœuvre interne et délivrance artificielle par M. Couvelaire, chef de clinique.

Le 13 juin. — A 8 heures du matin, on amenait à la clinique, une primipare de 20 ans, exsangue ; les linges pleins de sang, incapable de répondre aux questions qu'on lui posait, dans un état syncopal.

La personne qui l'accompagne, raconte que ses dernières règles remontent fin septembre.

Le 5 juin. — Pour la première fois, au cours de sa grossesse jusqu'alors normale, elle a perdu du sang en abondance pendant cinq minutes.

Le 13 au matin, à deux reprises, elle perd des flots de sang. Voulant se lever de son lit, elle perd connaissance, tombe, et se contusionne légèrement le nez et le front.

La sage-femme de garde, M^{lle} Maignen, l'examine rapidement.

Fond de l'utérus à 28 centimètres au-dessus du pubis.

Auscultation négative.

Au toucher, col long entr'ouvert. Le doigt arrive directement sur le placenta.

Le pouls est petit, irrégulier. On compte 80 pulsations par minute.

M^{lle} Roze se met en devoir *de rompre les membranes.*

Le doigt ne sent que du placenta : cependant en remontant très haut, au-dessous du pubis, on sent une partie plus mince du pôle inférieur de l'œuf, et les membranes sont déchirées largement à cet endroit avec le perce-membranes.

Pendant ce temps, on préparait un ballon de Champetier de Ribes, et on injectait à cette femme 1000 grammes de sérum artificiel.

M^{lle} Roze introduit rapidement le ballon, et y injecte 450 grammes de liquide.

A 8 h. 25, M. Couvelaire prévenu, arrive au moment où le ballon finit d'être placé.

Le pouls est à 89, très petit, filiforme, *bon nombre de pulsations ne sont même pas perçues.* La déchirure des membranes

a cependant arrêté l'hémorragie. A 9 heures apparaît la première contraction utérine douloureuse.

Le pouls est à 100, mais mieux frappé. A 9 h. 1/2, il n'y a encore eu que deux contractions courtes et faibles.

On retire 60 grammes de liquide du ballon, et par traction soutenue, ce dernier est engagé à fond dans le col.

Les contractions deviennent plus énergiques à 10 h. 1/2, M. le professeur Pinard pratique le toucher. Dilatation : 5 francs. M. Pinard conseille de réinjecter un peu de liquide dans le ballon, et fait tirer d'une façon continue sur le ballon par M^{re} Maignen.

On pratique une injection sous-cutanée d'éther.

Les contractions se montrent plus fréquentes (toutes les trois minutes) et plus intenses.

La femme sort de sa torpeur et crie à chaque contraction.

Le pouls est à 120, mais bien frappé. A 11 h. 30, la femme fait des efforts expulsifs. Le ballon tombe dans le vagin et est extrait.

M^{re} Roze pratique aussitôt le toucher. Elle arrive sur un gâteau placentaire décollé, au-dessus duquel se trouve la tête qui a tendance à s'engager.

M. Couvelaire pratique la version par manœuvres internes. L'évolution se fait sans difficulté. L'extraction de même facilement, sauf pour la tête qui est extraite très lentement.

M. Couvelaire pratique la délivrance artificielle. Une partie du placenta était déjà expulsée, et avait été projetée au dehors, au moment de l'engagement du tronc, pendant l'extraction du fœtus.

On fait à la femme une injection de 500 grammes de sérum artificiel, et une autre d'éther.

L'enfant pèsait 2.800 grammes et était mort.

Le placenta 450 grammes.

Membranes à la mensuration 31 0.

Etat de la femme à sa sortie de la clinique : Bon.

Observation 999.

ANNÉE 1905

Insertion du placenta. Hémorragies pendant le dernier mois de la grossesse et grave au début du travail. Rupture large des membranes et placement d'un ballon de Champetier de Ribes. Application de forceps. Enfant vivant. Délivrance artificielle immédiate.

Femme L... 28 ans, mécanicienne, secondipare. Pique à la machine, ne s'est pas reposée. Dernières règles : 22 au 24 septembre.

Entre au dortoir le 20 juin, à 10 heures du soir, à la suite d'une perte de sang.

Le 21 juin. — Dans la soirée, nouvelle hémorragie de peu d'abondance. L'enfant se présente par l'extrémité céphalique, la tête est très élevée et mobile ; application d'une ceinture.

Le 2 juillet. — A 3 heures du matin, la femme a quelques contractions utérines douloureuses, en même temps elle perd un peu de sang : l'écoulement est arrêté par des injections à 50°. La femme est transportée à la salle de travail, pour être mieux surveillée.

Pendant la matinée, quelques douleurs irrégulières et peu énergiques.

A midi 1/4, la femme perd brusquement une grande quan-

tité de sang qui s'écoule à flot par la vulve. Le vagin s'emplit de caillots volumineux.

En même temps, l'état général devient vite très inquiétant. *Pouls à 130. Décoloration des muqueuses. Tendances syncopeales.*

M. Sauvage, aussitôt prévenu, vide le vagin des caillots qu'il contient et *rompt largement les membranes en avant*, derrière le pubis : le placenta, dont on sent des cotylédons décollés au dessus de l'orifice interne, s'insère sur la paroi postérieure du segment inférieur.

Aussitôt après la rupture des membranes, M. Sauvage *place un ballon de 500 grammes, à travers le col largement perméable. L'hémorragie s'arrête après le gonflement du ballon, et ne reparait plus.*

En même temps, on fait une injection de 1000 grammes *de serum artificiel.*

Pendant l'après-midi, les contractions utérines sont énergiques et fréquentes : le pouls oscille autour de 100; les bruits du cœur restent bons. A 4 h. 30 le soir, le ballon est expulsé plein, hors de la vulve. Derrière lui s'échappe une grande quantité de caillots. La tête s'engage en O. I. D. P. M. Sauvage fait une application de forceps, et extrait un enfant de 3.060 grammes, qui crie après désobstruction des voies respiratoires.

M^{lle} Ducreux, sage-femme de garde, fait immédiatement la délivrance artificielle suivie d'une injection intra-utérine prolongée.

Mensuration des membranes, 25/0.

La femme sort de la clinique en parfait état.

Observation 635.

ANNÉE 1906.

Insertion basse du placenta. Hémorragies pendant la grossesse et pendant le travail. Déchirure large des membranes par M^{lle} Roze. Pose d'un ballon de Champetier de Ribes. Version par manœuvres internes par M. Sauvage. Enfant mort pendant le travail. Délivrance artificielle immédiate.

Femme D..., 28 ans, femme de chambre, primipare, admise salle de travail, le 9 avril 1906. Dernières règles du 1^{er} au 7 juillet 1905.

Depuis le 28 mars, perd continuellement un peu de sang rouge. Une sage-femme consultée, prescrit le repos au lit et des injections vaginales chaudes.

Le 3 avril. Perte plus abondante, et expulsion de quelques caillots.

Dans la nuit du 8 au 9 avril, à partir de minuit, hémorragie abondante. Une sage femme appelée, fait transporter la femme à la clinique Baudelocque après lui avoir fait un tamponnement vaginal.

11 h. 30. — A son entrée : le poulx, 92 pulsations.

Hauteur utérine : 36 centimètres.

Par le palper, M. Sauvage constate que l'extrémité céphalique est très élevée, et que le dos est à droite.

Bruit du cœur fœtal : bons.

On retire les tampons de ouate ; le col perméable, commence à s'effacer. On arrive directement sur le placenta, l'écoulement sanguin continue.

La femme a quelques contractions utérines douloureuses.

2 h. 15 *soir.* — Expulsion de quelques gros caillots.

Le pouls monte à 100°. M^{lle} Roze pratique le toucher. Arrive directement sur le placenta. Sent en haut et à droite des membranes rugueuses, *qu'elle déchire largement.*

Contractions utérines toutes les dix minutes* environ M^{lle} Roze fait faire une injection intracervical à 50°

3 h. 40 *soir.* — La femme perd toujours du sang, pâlit de de plus en plus. Le pouls oscille entre 110 et 120°. Le vagin est rempli de caillots : le col dilaté entre 2 et 5 francs.

La tête toujours élevée.

On fait une injection de 500 grammes de sérum artificiel.

Le pouls monte à 140°. De volumineux caillots emplissent le vagin. Tête élevée, orifice dilaté comme 5 francs.

M. Sauvage place un ballon de 400 grammes, et fait tirer sur le ballon, ce qui permet, en moins de cinq minutes, d'obtenir une dilatation complète. Il effectue alors une version par manœuvre interne.

Pendant l'intervention la femme est dans un état syncopal ; on lui injecte 1000 grammes de sérum, on lui fait respirer de l'oxygène, et on pratique, en outre, des injections de caféine et d'éther.

Peu à peu, la femme reprend connaissance et le pouls redevient perceptible.

Extraction d'un enfant mort, de 3.900 grammes ; délivrance artificielle ; placenta de 600 grammes.

Mensuration des membranes 36/0

La femme quitte la clinique en bon état.

Observation 314.

ANNÉE 1902.

Hémorragies pendant la grossesse reconnaissant pour cause l'albuminurie.

Femme L... , 23 ans, blanchisseuse, primipare, entre dans le service de M. le professeur Pinard pour expulser un produit de conception à terme, le 25 février 1902.

Durant sa grossesse, elle eut une première perte de sang peu abondante, au sixième mois de son état gravidique; puis une seconde au septième, très abondante pendant trois semaines. La femme vient consulter ici. Par l'analyse de ses urines, on constate une grande quantité d'albumine (3 gr.). On lui conseille *le repos au lit, le régime lacté absolu, les purgatifs (eau-de-vie allemande)*. La femme se soigne chez elle, suit les prescriptions ordonnées, les hémorragies ne réapparaissent plus et elle accouche à terme d'un enfant de 3.250 gr. sans incident.

La placenta présentait des infarctus anciens.

Observation 448.

ANNÉE 1904. — *Ann. Cl. Baud.*

Femme G... , 31 ans, domestique, secondipare, vient expulser à terme, un enfant de 3.600 grammes à la clinique Baudelocque. Au cours de sa grossesse, vers le cinquième mois, à la suite d'une grande fatigue, cette femme a eu une hémorragie qui dura trois jours et pour laquelle elle vient à la consultation de la clinique. Elle se plaint de *céphalalgie*

frontale, de troubles de la vue, et de douleurs au creux épigastrique. L'analyse de ses urines, révèle une assez grande quantité d'albumine. M. Wallich la soigne par le traitement habituel, l'albumine disparaît. La femme retourne chez elle au bout d'un mois et se met au régime lacté. Les hémorragies ne se reproduisent pas, et la femme mène à terme la grossesse.

Le placenta à l'examen présentait des infarctus anciens et pas de récents,

Observation 27

ANNÉE 1900

*Hémorragies pendant la grossesse et le travail,
par tiraillement du placenta consécutif à une brièveté du cordon.*

Femme K..., étudiante en médecine, 27 ans, entre le 29 décembre à la clinique Baudelocque pour y expulser au neuvième mois, un enfant mort et macéré.

Le 29 décembre, vers 9 heures du soir, elle dit avoir ressenti des douleurs s'accompagnant d'écoulement sanguin assez considérable.

A l'examen, on constate que l'utérus remonte à 31 centimètres au-dessus du pubis, qu'une extrémité céphalique se présente au détroit supérieur avec un plan résistant, qui est le dos, à gauche. Le col est long et laisse pénétrer à peine la pulpe du doigt. Le pouls est à 80, la température 37°.

Par l'interrogatoire, on apprend que cette femme, par deux fois, au septième et au huitième mois, a eu des hémorragies assez considérables.

Admise dans le service, on lui fait des injections vaginales

chaudes à 50°. A minuit, les bruits du cœur du fœtus qui avaient été très nettement perçus à l'arrivée de la femme, ne sont plus entendus. En même temps, les douleurs disparaissent et l'écoulement sanguin cesse.

On la garde et on la surveille à la clinique. De temps en temps, elle perd quelques gouttes de sang. Le pouls et la température restent normaux.

Le 5 janvier, à 11 heures du matin, de nouvelles douleurs font leur apparition, et du dortoir, la femme est conduite à la salle de travail.

Au palper, on ne perçoit plus que vaguement des parties fœtales, l'utérus est mou. La dilatation est de 2 francs : la poche des eaux fait hernie à travers l'orifice. A 2 heures du soir, la dilatation est complète. A 9 h. 30, expulsion d'un fœtus mort et macéré, du poids de 2.050 grammes. Le placenta suit immédiatement l'expulsion du fœtus. *Le cordon est passé sur son épaule, en fait deux fois le tour, et y forme une empreinte.* Son tiraillement par le fœtus a amené le décollement du placenta et la production des hémorragies.

Le placenta présente à sa face utérine, des caillots anciens adhérents.

Observation 2276.

ANNÉE 1900.

Hémorragies reconnaissant pour cause les traumatismes sexuels.

Femme D..., 23 ans, blanchisseuse, vient accoucher à terme d'un enfant de 3.010 grammes. Sa grossesse a présenté ceci de particulier, qu'elle a perdu du sang à différentes reprises,

et avoue que ces hémorragies succédaient chaque fois à des rapports sexuels. Depuis deux mois, elle vit séparée du père de son enfant, et n'ayant plus de rapports sexuels n'a plus de pertes de sang.

L'accouchement et la délivrance ne présentent rien d'intéressant.

Observation 671.

ANNÉE 1901.

Hémorragies ayant fait leur apparition chez une femme enceinte à la suite d'un rapport sexuel.

La femme N..., 37 ans, couturière, a déjà eu cinq grossesses antérieures, toutes normales. Elle entre au cours de cette sixième grossesse, à la clinique Baudelocque, pour une hémorragie qui, dit-elle, est survenue brusquement dans la nuit à la suite d'un rapport conjugal.

Admise au dortoir son état devient vite grave, et son pouls atteignant 120 M. Paquy provoque l'accouchement. Après introduction d'un ballon Champetier de Ribes petit modèle, l'hémorragie s'arrête, et huit heures après se produit l'expulsion d'un fœtus de 330 grammes avec un placenta de 170 grammes.

Observation 497. •

ANNÉE 1903.

Hémorragies consécutives à un traumatisme sexuel.

Avortement au quatrième mois.

Femme D..., 24 ans, estampeuse sur cuivre, entre à la clinique le 28 mars à minuit perdant du sang en abondance au quatrième mois de sa grossesse.

Elle raconte qu'il y a deux mois, mais au cours d'un rapport sexuel, elle a eu une perte de sang assez abondante.

Pendant huit jours elle perdit et alla consulter un médecin de la ville. Ce dernier ordonna le repos au lit et des injections chaudes. Les hémorragies se répétant malgré le traitement, la femme se fait admettre à l'hôpital Broca.

On la met au repos absolu au lit et on lui administre des injections chaudes. Des douleurs dans le ventre font leur apparition, puis tout rentre dans l'ordre.

Le 23 mars. — Nouvelle hémorragie très abondante qui dure jusqu'au vingt-huitième jour où elle est conduite à la clinique Baudelocque. A ce moment état très grave, syncopal, pouls à 130.

M. Cazeaux provoque l'avortement par l'introduction dans la cavité utérine d'un ballon de Champetier de Ribes. La femme expulse un produit de conception de 80 grammes mort et macéré, et vingt-deux heures après un placenta de 120 grammes. Suites excellentes. Cette femme quitte la clinique en bonne santé.

CONCLUSION

Comme conclusion à ce travail, voici qu'elle doit être la conduite d'un médecin, appelé auprès d'une femme atteinte d'hémorragie, au cours de la grossesse ou pendant le travail :

1° Examiner le pouls de la malade.

2° Si le nombre des pulsations ne dépasse pas 100 par minute, ordonner le repos absolu au lit, et les injections vaginales à 50°.

Ne pas négliger, en outre, les prescriptions propres à certains états (albuminurie), et s'assurer de la présentation longitudinale de l'enfant.

3° Lorsque le pouls dépasse et se maintient au-dessus de 100 pulsations, intervenir rapidement :

Rompre largement les membranes, placer s'il y a lieu un ballon de Champetier de Ribes, et vider le plus vite possible la cavité utérine.

4° Pas de tampon vaginal, ni d'ergot de seigle.

5° Enfin, si la femme a perdu beaucoup de sang, injections hypodermiques de sérum artificiel et compression de l'aorte.

Quelles que soient les causes et l'abondance de l'hémorragie, cette manière d'agir permettra, sinon de sauver toujours la vie de l'enfant, du moins de sauvegarder au maximum l'existence de la mère.

Vu : le Président de la thèse,

PINARD

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Annales de la clinique Baudelocque 1900-1906

1° Observations relatant des hémorragies dues à l'endométrite.

ANNÉE 1900. — N^{os} : 51, 74, 81, 88, 102, 110, 186, 254, 280, 286, 354, 355, 389, 486, 507, 527, 619, 786, 797, 799, 1035, 1040, 1057, 1019, 1148, 1266, 1356, 1454, 1938, 2248, 2342.

ANNÉE 1901. — N^{os} : 28, 278, 287, 329, 369, 554, 585, 625, 641, 815, 828, 839, 888, 935, 984, 1017, 1075, 1100, 1140, 1170, 1176, 1361, 1400, 1489, 1423, 1685, 1687, 1897, 1954, 2162, 2169.

ANNÉE 1902. — N^{os} : 75, 104, 120, 438, 705, 743, 998, 1055, 1080, 1123, 1221, 1555, 1636, 1653, 1679, 1783, 1883, 1902, 2010.

ANNÉE 1903. — N^{os} : 186, 187, 235, 407, 457, 545, 547, 716, 755, 874, 911, 936, 994, 1104, 1259, 1536, 1543, 1656, 1696, 1728, 1786, 1870, 1885, 1950, 1956.

ANNÉE 1904. — N^{os} : 336, 373, 667, 772, 863, 946, 904, 1723, 1734, 1753, 1778, 1820.

ANNÉE 1905. — N^{os} : 1, 24, 56, 60, 76, 89, 98, 104, 144, 190, 270, 297, 303, 323, 329, 364, 368, 413, 535, 563, 572, 502, 742, 745, 807, 830, 851, 881, 1070, 1215, 1363, 1545, 1584, 1606, 1662, 1720, 1724, 1742, 1759, 1925.

2° *Observations faisant mention d'hémorragies causées par l'insertion du placenta sur le segment inférieur.*

ANNÉE 1900. — N^{os} : 238, 329, 627, 858, 901, 1081, 2112.

ANNÉE 1901. — N^{os} : 171, 277, 533, 1044, 1067, 1323, 1494, 1657, 1914.

ANNÉE 1902. — N^{os} : 19, 88, 99, 318, 335, 336, 423, 436, 492, 543, 826, 842, 855, 909, 918, 943, 1053, 1259, 1493, 1610, 1697, 1753, 1802.

ANNÉE 1903. — N^{os} : 51, 79, 81, 175, 306, 316, 403, 407, 434, 496, 518, 658, 668, 695, 725, 726, 917, 938, 950, 1003, 1046, 1206, 1280, 1308, 1428, 1545, 1866, 1950, 2052, 2120, 2146.

ANNÉE 1904. — N^{os} : 188, 214, 624, 661, 903, 1125, 1154, 1341, 1413, 1534, 1673, 1712, 1719, 1729.

ANNÉE 1905. — N^{os} : 4, 12, 68, 152, 217, 287, 363, 407, 411, 413, 454, 461, 465, 482, 524, 601, 631, 661, 674, 732, 752, 798, 829, 853, 860, 903, 999, 1010, 1057, 1063, 1100, 1111, 1128, 1163, 1191, 1203, 1250, 1454, 1521, 1643, 1651, 1676, 1679, 1707, 1870, 1895.

3° *Observations relatant des hémorragies dues à l'albuminurie.*

ANNÉE 1900. — N^{os} 237, 315, 756, 864, 1236, 1240, 1646, 1919, 2369.

ANNÉE 1901. — N^{os} : 14, 1348, 1974, 2145.

ANNÉE 1902. — N^{os} : 314, 392, 411, 504, 565, 735, 738, 850, 927, 1024.

ANNÉE 1903. — N^{os} : 96, 130, 441, 1039, 1069, 1540, 1578, 1914, 2137.

ANNÉE 1904. — N^{os} : 315, 448, 880.

ANNÉE 1905. — N^{os} : 62, 288, 347, 498, 613, 669, 625, 980, 1075, 1564, 1751.

4^e *Hémorragies de causes diverses.*

ANNÉE 1900. — 1) Rapports sexuels : 1456, 2276.

2) Utérus fibromateux : 2016.

3) Varices : 1513.

ANNÉE 1901. — 1) Traumatisme sexuel : 47, 671.

2) Fibrome et endométrite : 844.

3) Varices : 2116.

4) Décollement du placenta par le fœtus : 27.

6) Traumatisme abdominal : 1126.

ANNÉE 1902. — 1) Chutes : 384, 826.

ANNÉE 1903. — 1) Traumatisme sexuel : 497.

2) Epithélioma du col : 576.

ANNÉE 1904. — Néant.

ANNÉE 1905. — 1) Utérus fibromateux : 72.

2) Voyage chemin de fer : 583.

3) Chute dans un escalier : 850.